

ANA JOÃO SARAIVA RIBEIRO

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E MOTIVAÇÕES COMPASSIVAS NO INÍCIO DA PANDEMIA COVID-19 EM PORTUGAL: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

Área de Especialização em Terapias Cognitivo -
Comportamentais

COIMBRA, 2020

**Sintomas de ansiedade e depressão e motivações compassivas no início da
pandemia Covid-19 em Portugal: um estudo exploratório**

ANA JOÃO SARAIVA RIBEIRO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, 2020

Agradecimentos

É com grande satisfação que dou por terminado um dos ciclos mais importantes da minha vida, a minha formação académica em Psicologia Clínica. Por de trás de qualquer conquista estão as pessoas, os tais pilares ou alicerces da nossa vida que nos protegem, que nos apoiam, que nos conduzem, mas sobretudo que nos deixam voar para encontrarmos e definirmos o nosso caminho. Os grandes pilares da minha vida são os meus pais e o meu irmão. A eles sou eternamente grata pela pessoa e profissional que sou hoje. Obrigado pelo amor incondicional com que sempre abraçaram, comigo, os meus planos e os meus sonhos. Obrigado a vocês por me ensinarem o verdadeiro significado de dedicação e esforço. Obrigado por me guiarem e por me encorajarem a ser todos os dias um ser humano melhor. Amo-vos!

Quero igualmente deixar o meu sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Marina Cunha. Sinto-me lisonjeada por ter sido orientada, nesta fase tão importante do meu currículo, por si. Sou-lhe muito grata por toda a dedicação, transmissão de conhecimentos e simpatia com que sempre me orientou. Muito obrigada professora!

Aos meus avós, obrigado pelo amor eterno que só vocês, com esse brilho nos olhos, conseguem transmitir. Esta fase, sem as marmitas dos avós, nunca tinha tido este sabor tão doce.

À minha madrinha Inês Carmo, que me abraçou e acompanhou desde o primeiro dia da minha vida académica, um beijinho muito especial. Vou levar-te comigo para toda a vida!

Quero agradecer ao Daniel, que foi incansável. Obrigado pela tua amizade e pelo teu amor. As tuas palavras certas de carinho e de apoio foram muitas vezes a motivação extra que eu precisava nos momentos mais difíceis. Obrigada por me fazeres acreditar que eu sou capaz de ir além daquilo que eu própria acreditava ser capaz.

A todos os participantes deste estudo, o meu bem-haja. O vosso contributo foi essencial para esta investigação.

A vocês devo esta vitória. O meu sincero obrigado a todos!

Resumo

Introdução: A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem sido considerada a maior emergência de saúde pública mundial. Além das preocupações associadas à saúde física, levanta também um grande receio quanto ao sofrimento e impacto psicológico experienciado pela população portuguesa.

Objetivo: A presente investigação teve como objetivo analisar facetas da pandemia provocada pelo vírus Covid-19. Pretendeu identificar condições específicas associadas à Covid-19 (e.g., situação laboral atual, duração de quarentena/isolamento social, possibilidade de estar infetado/a, presença de fatores de risco) e reconhecer as atividades realizadas em contexto de confinamento social. Visou igualmente explorar a presença de estados emocionais negativos (sintomas de ansiedade e depressão) e de comportamentos compassivos (para com o *self* e/ou para com o outro), bem como analisar a associação entre os estados afetivos negativos (ansiedade e depressão) e os comportamentos compassivos (pelo *self* e para com o próximo) no contexto de pandemia.

Método: Estudo transversal conduzido numa amostra de 716 adultos portugueses (548 mulheres e 168 homens), com uma média de 35 anos de idade. Os participantes preencheram um protocolo de avaliação constituído por um questionário sociodemográfico, um questionário de variáveis contextuais associadas à situação de Covid-19, um questionário sobre as atividades realizadas durante o confinamento, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) e a Escala de *Engagement* e Ações Compassivas (EEAC).

Resultados: As mulheres apresentaram valores médios mais elevados de ansiedade e depressão, bem como de compaixão pelos outros, comparativamente aos homens. A comparação dos estados emocionais negativos em função das variáveis contextuais revelou padrões distintos para a ansiedade e depressão. Os comportamentos compassivos (para com o próprio e para com os outros) não se mostraram sensíveis às variáveis contextuais. Os dados mostraram uma correlação negativa moderada entre a autocompaixão e os estados afetivos negativos (ansiedade e depressão). Apesar da associação positiva moderada entre autocompaixão e compaixão pelos outros, esta última não se mostrou associada aos sintomas de ansiedade e depressão.

Conclusão: O presente estudo, apesar das suas limitações, contribui para a identificação de variáveis contextuais e emocionais ligadas à pandemia. A forma como as variáveis

(sociodemográficas, contextuais e emocionais) se encontraram associadas na fase inicial da pandemia em Portugal, podem sugerir pistas relevantes na elaboração de intervenções que visem minimizar o impacto psicológico da crise.

Palavras-chave: Covid-19; Impacto psicológico; Ansiedade; Depressão; Compaixão pelo *self* e para com o outro.

Abstract

Introduction: The pandemic of the new coronavirus (SARS-CoV-2) has been considered the largest public health emergency in the world. In addition to the concerns associated with physical health, it also raises a great fear about the suffering and psychological impact experienced by the Portuguese population.

Objective: This investigation aimed to analyze facets of the pandemic caused by the Covid-19 virus. It aimed to identify specific conditions associated with Covid-19 (e.g., current employment situation, duration of quarantine/social isolation, possibility of being infected, presence of risk factors) and to recognize the activities performed in the context of social confinement. It also aimed to explore the presence of negative emotional states (symptoms of anxiety and depression) and compassionate behaviors (for one's own and/or for others), as well as to analyze the association between negative affective states (anxiety and depression) and compassionate behaviors (by self and to others) in the context of pandemic.

Method: Cross-sectional study conducted in a sample of 716 Portuguese adults (548 women and 168 men), with an average of 35 years. Participants completed an evaluation protocol consisting of a sociodemographic questionnaire, a questionnaire of contextual variables associated with the situation of Covid-19, a questionnaire about the activities performed during confinement, the Anxiety, Depression and Stress Scale (DASS-21) and the Compassionate Engagement and Actions Scale (CEAS).

Results: Women had higher mean values of anxiety and depression, as well as compassion for others, compared to men. The comparison of negative emotional states as a function of contextual variables revealed distinct patterns for anxiety and depression. Compassionate behaviors (for themselves and for others) were not sensitive to contextual variables. The data showed a moderate negative correlation between self-compassion and negative affective states (anxiety and depression). Despite the moderate positive association between self-compassion and compassion for others, the latter was not associated with symptoms of anxiety and depression.

Conclusion: The present study, despite its limitations, contributes to the identification of contextual and emotional variables related to the pandemic. The way in which the variables (sociodemographic, contextual and emotional) were associated in the initial

phase of the pandemic in Portugal, may suggest relevant clues in the elaboration of interventions aimed at minimizing the psychological impact of the crisis.

Keywords: Covid-19; Psychological impact; Anxiety; Depression; Compassion for self and for the other.

Introdução

O novo coronavírus surgiu pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Os novos casos de infeção foram diagnosticados como uma pneumonia grave de etiologia desconhecida. Pouco tempo depois, descobriu-se através de amostras respiratórias de doentes, a presença do coronavírus (SARS-CoV-2), distinguido como agente causador da doença Covid-19 (World Health Organization, 2020). Rapidamente proliferou para outros países asiáticos, Europa, América do Norte e do Sul, Austrália e África (Sher, 2020). A sua rápida propagação levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a 11 de março de 2020, a infeção Covid-19, uma pandemia mundial (Nicholas et al., 2020). O impacto global da Covid-19 é tão profundo e avassalador que representa a crise pandémica mais grave desde a pandemia do Influenza vírus A (subtipo H1N1) de 1918 (Ferguson et al., 2020). A pandemia H1N1, conhecida como “gripe espanhola” fez, há pouco mais de 100 anos, cerca de 50 milhões de mortes em todo o mundo (Matos, 2018). Atualmente sabemos que o SARS-CoV-2 já originou 959 116 mil mortes em todo mundo e mais de 30 milhões de casos confirmados (WHO, 2020). Particularmente em Portugal e de acordo com o último relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2020), contamos já com 1920 óbitos e mais de 69 mil casos positivos, em setembro de 2020.

Atualmente sabemos que o SARS-CoV-2 é transmitido por inalação ou através do contacto com gotículas infetadas ou simplesmente pelo contacto próximo de alguém portador da doença. Os sintomas físicos mais frequentes da Covid-19 são tosse, febre, dificuldades respiratórias, dispneia, mialgias e fadiga, que podem levar à morte (Carvalho et al., 2020; Li et al., 2020; Sherin, 2020). Com o objetivo de reduzir o impacto populacional, diminuindo o pico de incidência e o número de mortes, a maioria dos países a nível mundial adotou medidas de contingência. Os países centraram-se em duas estratégias condutoras. A primeira diz respeito à mitigação, que se foca no abrandamento, não necessariamente para parar a propagação epidémica, mas sim para reduzir a procura incessante de cuidados de saúde hospitalares, protegendo assim doentes que estejam internados por doenças infecciosas. A segunda estratégia visa a supressão do crescimento epidémico. A combinação de distanciamento social, isolamento profilático e o encerramento de escolas e serviços públicos é uma das medidas adotadas (Ferguson et al., 2020).

A saúde física é o foco de atenção no combate ao agente patogénico, pelo que as implicações ligadas à saúde mental são muitas vezes negligenciadas ou subestimadas (Ornell et al., 2020). Estudos têm enfatizado que o medo de ser infetado pelo vírus e a rápida disseminação afeta o bem-estar psicológico de muitas pessoas. Embora ainda não haja informação suficiente para entendermos verdadeiramente este conceito de “bem-estar psicológico durante a pandemia do Covid-19” existem indícios na literatura acerca de epidemias e pandemias anteriores que nos indicam a existência de fatores de vulnerabilidade psicológica que provocam uma visão irrealista da doença percebida, o aumento de ansiedade e medos relacionados à infeção e à xenofobia. A xenofobia no caso da atual pandemia é associada ao facto de ser uma infeção que se originou na China, portanto fora da nossa comunidade europeia, por exemplo (Asmundson & Taylor, 2020; Carvalho et al., 2020; Taylor, 2019). Também em Portugal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020) considera a pandemia Covid-19 como um problema de saúde pública que afeta todos os cidadãos, realçando que, a saúde mental/psicológica representa uma estrutura central do ser humano, com responsabilidades para assegurar a economia e contribuir para uma sociedade sustentável e próspera. Neste sentido, a saúde mental ocupa um lugar de destaque, não apenas pelo impacto mental negativo e expectável de uma pandemia e de uma situação de isolamento, mas porque constitui um fator protetor e um elemento crucial para a resiliência necessária para enfrentar múltiplos desafios impostos pela situação de crise. Uma investigação acerca da saúde mental em contexto pandémico, rotula a saúde mental como sendo “a chave” para sobreviver a esta pandemia. Isto deve-se ao facto de vivermos tempos atípicos, de medo e incerteza, em que as ameaças à própria sobrevivência e a dos outros se torna um dos principais problemas da vida quotidiana de toda a população (Silva et al., 2020).

Como já enunciado anteriormente, em contextos de pandemia todos os países guiam-se por medidas de contenção específicas, ainda que essas diretrizes não sejam isentas de dificuldades e riscos para a saúde mental. Brooks e colaboradores (2020) identificam efeitos negativos da quarentena, nomeadamente, sintomas de stress pós-traumático, confusão e raiva. Simplificando este construto, a quarentena é a separação e restrição de movimento de pessoas potencialmente afetadas pelo vírus, para assim evitar o contágio e verificar, se de facto, o individuo está ou não infetado. Esta definição difere de isolamento. O isolamento social é a separação de pessoas que são diagnosticadas com a doença, das pessoas que não estão infetadas (Brooks et al., 2020; Wilder-Smith &

Freedman, 2020). Como consequência destas ações protetoras (quarentena e isolamento social), a sintomatologia ansiosa, a depressão e o *stress* têm sido identificados pela população em geral (Wang et al., 2020). Ao analisar investigações que se centraram sobretudo nos efeitos nefastos da quarentena e do isolamento concluiu-se que, imediatamente após o período de quarentena os indivíduos apresentavam um elevado índice de exaustão, irritabilidade, falta de concentração, perturbação de stress pós-traumático e falta de motivação para com as tarefas laborais. Todas as formas de separação e isolamento tendem a provocar estados emocionais negativos tais como ansiedade, depressão e *stress* (Ahmed, 2020; Sprang & Silman, 2013; Liu et al., 2012). A sintomatologia ansiosa quando sentida de forma exagerada, enfraquece o sistema imunitário e consequentemente aumenta o risco de contrair o vírus (Schaller, 2015).

A separação dos elementos da família e amigos, a perda da liberdade, o tédio, a solidão e a incerteza sobre o estado e a evolução da doença pode criar efeitos dramáticos na vida das pessoas (Brooks et al., 2020). Alguns países como a Coreia do Sul (Jung & Jun, 2020) e a Índia (Goyal et al., 2020) reportaram casos de suicídio, potencialmente ligados aos impactos psicológicos da Covid-19. Adicionalmente, outros estudos confirmam ainda que indivíduos que se encontravam na fase inicial da síndrome respiratória aguda grave (SARS), apresentaram igualmente uma série de comorbidades psiquiátricas, incluindo depressão, ansiedade, ataques de pânico, sintomas psicóticos, delírios e até o suicídio (Xiang et al., 2020; Maunder et al., 2003).

De acordo com o estudo conduzido por Tomova e colaboradores (2020), o isolamento obrigatório evoca uma resposta neuronal de “desejo” às sugestões sociais. As regiões do mesencéfalo indicam respostas seletivas às sugestões de alimentos após o jejum, iguais às sugestões sociais, após o isolamento social. Este estudo mediu através da ressonância magnética, as respostas neuronais de 40 participantes. Era pedido a cada participante que estivesse 10 horas sem ingerir alimentos ou 10 horas sem estabelecer interação social. Após o isolamento social, os participantes relatavam sentimentos de solidão e de ansiedade. As regiões do mesencéfalo indicam respostas correlacionadas ao “desejo” de comida ou fome. Concluiu-se que o ser humano desenvolve sensações de isolamento semelhantes às de um faminto que anseia por comida (Tomova et al., 2020).

O impacto psicológico da quarentena em estudantes universitários foi também alvo de investigação num estudo levado a cabo pela Universidade Católica Portuguesa. O estudo incluiu dois momentos distintos, o primeiro em 2018 e 2019 e o segundo durante

a atual pandemia. Os resultados confirmaram um aumento significativo de perturbações psicológicas (ansiedade, depressão e *stress*; Maia & Dias, 2020). Os resultados obtidos vão ao encontro de outras investigações internacionais acerca dos efeitos psicológicos da Covid-19 (Wang et al., 2020; Weiss & Murdoch, 2020). A título ilustrativo, o estudo de Wang e colegas (2020) mostrou que os participantes relatavam grande preocupação em ficar infetados, ou alguém da sua família, podendo, assim, aumentar a cadeia de transmissão, mesmo quando 84,4% desta amostra passava 24 horas por dia em casa. Alguns entrevistados descreviam uma variedade de sintomas tais como, dor de garganta, tonturas, mialgia e calafrios, o que os deixava ainda mais ansiosos. Indivíduos com baixa escolaridade revelaram ter uma maior probabilidade de desenvolver sentimentos depressivos, em comparação com indivíduos com uma escolarização superior. Este conjunto de preocupações resultaram num índice elevado de ansiedade e depressão, particularmente maior no caso do sexo feminino (Wang et al., 2020).

Até ao momento atual existe ainda uma escassa oferta de investigações assentes na avaliação de possíveis impactos negativos na saúde mental da infeção SARS-CoV-2. No entanto, aqueles que já estão disponíveis mostram consistentemente um aumento de perturbações mentais ou de sintomas e dificuldades psicológicas. Por exemplo, o estudo realizado com portadores da doença, demonstrou uma prevalência de perturbação *stress* pós-traumático (Bo et al., 2020). Outro estudo relatou uma prevalência aumentada de sintomas de ansiedade (34,72 %) e depressão (28,47 %), em 144 pacientes com Covid-19 (Kong et. al., 2020). Segundo este último estudo, o apoio social foi identificado como um fator crucial na minimização ou aumento dos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com Covid-19. No caso de indivíduos infetados, o apoio social, incluindo suporte físico e psicológico prestado por familiares, amigos e apoio técnico/médico foi crucial para lidar com as dificuldades. O isolamento e a solidão estão diretamente associados a uma pior condição de saúde mental. Neste sentido, é adotado pela equipa médica vários métodos de apoio psicológico para ajudar pacientes isolados a reconstruir confiança. Em Wuhan, por exemplo, pacientes com sintomas leves praticavam o Tai Chi, dança e relaxamento muscular (Kong et. al., 2020). Foi verificado que o Thai Chi se mostrou eficaz para melhorar a função pulmonar em doentes com doença pulmonar crónica (Zhu et al., 2018). Este tipo de interação entre médico e paciente pode incentivar o utente a manter uma mentalidade positiva (Kong et. al., 2020).

O comportamento humano em situações de catástrofe é, já há décadas, um tema de interesse por parte de investigadores (Machado & Moraes, 2017). Neste sentido e à medida em que o vírus do Covid-19 se foi disseminando, criaram-se por todo o mundo cadeias de solidariedade que visam ajudar o próximo (Zaki, 2020). Este autor identifica a compaixão como um mecanismo comportamental de ajuda em situação de catástrofe. Para compreender esta motivação podem ser identificadas duas narrativas explicativas. A primeira diz respeito à identidade pessoal e social. O ser humano identifica, com base na sua geração, ideologia, ou até através da sua profissão, o seu grupo de interação, com o qual expressa lealdade, pró-sociabilidade e cuidado (Zaki, 2020). Para além disso, à medida que vamos conhecendo coisas ou pessoas novas, a nossa identidade tende a ter o mesmo cuidado e lealdade que tem com o grupo social já existente, comprovando que a identidade social é um construto maleável. Drury (2018) explica que quando ocorre uma catástrofe, o ser humano apresenta características de compaixão para com o outro, mesmo que estes não se conheçam. Diversos estudos mostraram que o ser humano está programado para partilhar e cooperar em situações de desastre (Zaki, 2020). Uma segunda explicação para a vivência de compaixão em situação de grande sofrimento é a conexão emocional (Zaki, 2020). Consistente com esta ideia, resultados de um estudo recente mostraram que a empatia pelas pessoas mais vulneráveis ao vírus Covid-19, é um processo emocional pró-social crucial na adesão às medidas implementadas no decorrer da pandemia, como o distanciamento social e o uso de máscaras (Pfattheicher et al., 2020). Segundo estes autores, mais importante do que a mera informação sobre a importância destas medidas, é a promoção da empatia pelos mais vulneráveis ao vírus que aumenta a adesão ou cumprimento das regras de segurança e a motivação para o envolvimento em comportamentos de ajuda.

Ainda relativamente ao papel da compaixão em situações de catástrofe, Solnit (2010) realça que os indivíduos em situações de crise (e.g., inundações, bombardeios e terremotos) vislumbram níveis de coletividade, interdependência e altruísmo, difíceis de encontrar em épocas normais. O estudo de Vollhardt (2009) conduzido com vítimas de situações traumáticas (e.g., eventos adversos, doenças graves; perda de um familiar; crime) confirma a ideia de que essas adversidades podem promover um comportamento pró-social, denominado por "altruísmo nascido do sofrimento". Os efeitos positivos da adversidade parecem estender-se no tempo, não sendo apenas reações pontuais e transitórias. Por exemplo, a experiência de vida de uma pessoa pode modelar a disposição

de um indivíduo para ajudar o outro, mantendo a empatia, mesmo perante inúmeras vítimas, evitando o “colapso da compaixão” (Lim, & DeSteno, 2019).

Apesar do conhecimento existente, a dimensão da pandemia global é distinta, tal como os efeitos na população. Estudos sobre o impacto psicológico da Covid-19 ainda são limitados, por se tratar de um fenómeno recente, mas, as investigações disponíveis apontam para repercussões negativas importantes. Pesquisas anteriores acerca de surtos infecciosos revelaram consequências negativas, a curto, médio e longo prazo em toda a população mundial (Jiang et al., 2020; Taylor, 2019). Na pandemia do ébola de 1995, por exemplo, os sobreviventes revelaram que o principal medo era de morrer, de infetar outras pessoas, de serem afastados ou abandonados por parte de familiares e amigos, bem como sofrer de estigmatização social. Os profissionais de saúde, por sua vez, reportaram maioritariamente medo de contrair a doença e de a transmitir aos seus familiares, para além de manifestarem grande preocupação acerca da duração da epidemia (Hall et al., 2008). Uma situação semelhante ocorreu em 2003, durante a epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus –SARS*), em que os impactos psicológicos decorrentes da doença, foram maiores que os impactos médicos (Taylor, 2019).

É, assim, notório, que a situação de pandemia destrói ou ameaça as ferramentas base ao desenvolvimento de uma vida saudável. A produtividade, o desempenho educativo, o envolvimento cívico, bem como a qualidade de vida e o bem-estar, dependem da saúde dos cidadãos que, consequentemente, é muito influenciada pelas suas condições psicológicas (OPP, 2020). Neste sentido, a presente investigação teve como objetivo analisar facetas da pandemia provocada pelo vírus Covid-19, explorando associações com indicadores de saúde mental e bem-estar psicológico do indivíduo. Concretamente, pretendeu identificar: a) condições específicas associadas à Covid-19 (e.g., situação laboral atual, possibilidade de estar infetado/a, tempo de quarentena e presença de fatores de risco); b) atividades realizadas face ao contexto de confinamento decorrente da Covid-19; c) estados emocionais negativos (sintomas de ansiedade e depressão), bem como diferenças nestes estados afetivos segundo o sexo, ou de acordo com as variáveis contextuais apuradas; d) sentimentos e comportamentos compassivos (para com o *self*, ou para com o outro) face às dificuldades atuais; e) e, por último,

analisar a associação entre os estados afetivos negativos e os comportamentos compassivos no contexto de pandemia.

Materiais e Métodos

Participantes

A presente amostra foi composta por 716 adultos, 168 (23,5 %) do sexo masculino e 548 (76,5 %) do sexo feminino, que se disponibilizaram a participar na investigação a decorrer *online* (entre março e abril de 2020), tendo como critério de inclusão idade igual ou superior a 18 anos.

Instrumentos

Para o presente estudo, o qual fez parte de uma investigação mais alargada sobre o impacto psicológico da Covid-19 em adultos da população Portuguesa, foram analisados os dados dos seguintes instrumentos que, entre outros, incluíram o protocolo de avaliação geral:

- **Questionário sociodemográfico:** informação sobre o sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil, meio de residência e ocupação atual.

- **Questionário de variáveis contextuais associadas à situação de Covid-19.** Incluiu um conjunto de questões relativas à situação laboral/ocupacional (e.g., “De momento, está a trabalhar/estudar?”); suspeita de estar infetado (e.g., “Você ou alguém da sua família/amigo próximo está sob suspeita de estar infetado/a com o vírus Covid-19 (a aguardar o resultado do teste)?”); possibilidade de estar de quarentena (e.g., “Você ou alguém da sua família/amigo próximo está em quarentena?”); tempo de confinamento (e.g., “Há quanto tempo se encontra em casa? (número de dias)”); ter contraído a doença (e.g., “Você ou alguém da sua família/amigo contraiu a Covid-19?”); e presença de fatores de risco (e.g., “Apresenta fatores de risco para contrair a Covid-19?”. O formato de resposta seguiu o seguinte padrão de questões fechadas (e.g., “Sim; “Não”; “Prefiro não responder”).

- **Questionário sobre as atividades realizadas durante o confinamento.** Incluiu um conjunto de questões acerca da frequência das atividades realizadas face ao confinamento (e.g., “Estabelecimento de contactos com familiares, amigos através do *Skype*, *Whatsapp*, *Facebook* ou outros recursos semelhantes”; “Realização de tarefas domésticas”; “Ocupação com atividades de entretenimento”; “Atualização de informação relacionada com a pandemia Covid-19”; “Exercício físico”; “Leitura”; “Brincar, passear com o seu animal de estimação”; “Exercícios de meditação”. Estas questões foram respondidas segundo uma escala de 5 pontos (de 0 - “Nunca” a 5- “Muitíssimas vezes”).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse – EADS-21 (*Depression Anxiety Stress Scales – DASS*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I., 2004)

Esta escala tem no total 21 questões e avalia três dimensões: depressão (perda de autoestima e de motivação, perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida significativos); ansiedade (estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo); e stresse (estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão). Cada escala é constituída por 7 itens, respondidos numa escala de tipo Likert, com 4 pontos que variam entre “não se aplicou nada a mim” (0) e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (3), que avaliam sintomas de depressão, ansiedade e stresse em adultos. Esta escala não apresenta itens invertidos e pontuações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Na consistência interna da versão original e portuguesa, os resultados variaram entre razoáveis e bons, os resultados demonstraram alfas de Cronbach de 0,85 para a subescala da depressão, 0,74 para a subescala de ansiedade e 0,81 para a subescala de stresse (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). No presente estudo incluímos apenas as subescalas de ansiedade e depressão, pelo que o valor de ansiedade corresponde a um alfa de Cronbach de 0,84 e 0,88 para a subescala depressão.

Escala de Engagment e Ações Compassivas – EEAC (*Compassionate Engagment and Actions Scales*; Gilbert et al., 2017).

Este instrumento baseia-se na avaliação de qualidades e competências compassivas do indivíduo na sua relação consigo próprio, em relação aos outros e na

capacidade de receber compaixão dos outros. O instrumento é, assim, constituído por três escalas: Escala de Autocompaixão (EEAC_AC); Escala de Compaixão pelos Outros (EEAC_CO) e Escala de Receber Compaixão dos Outros (EEAC_RCO). Cada uma destas escalas comporta duas secções/subescalas: *Engagement* e Ações, com 8 e 5 itens, respetivamente. O *Engagement* diz respeito ao envolvimento/motivação de cada um para ajudar ou aliviar o sofrimento (do próprio ou do outro) (e.g., “Estou motivado/a para enfrentar e tentar lidar com o meu sofrimento”; “Noto e sou sensível aos sentimentos negativos dos outros quando surgem”). As ações compassivas referem-se à forma como lidamos com emoções e pensamentos negativos em situações de adversidade (e.g., “Dirijo a minha atenção para o que me poderá ajudar”; “Penso sobre o sofrimento dos outros e encontro formas úteis de os ajudar a lidar com ele”). Para responder a cada item os sujeitos dispõem de uma escala de 10 pontos, variando entre “Nunca” (1) e “Sempre” (10). No presente estudo foram utilizadas somente as escalas de Compaixão pelo *Self* (autocompaixão) e de Compaixão pelos Outros. A versão original registou alfas de Cronbach adequados para as três escalas de compaixão (Gilbert et al, 2017). No presente estudo, as duas escalas mostraram igualmente consistências internas adequadas. No caso da escala da Compaixão pelo *self*, os valores de Cronbach foram de 0,83 para o *score* total da escala, 0,63 para a subescala de *Engagement* e 0,89 para a subescala Ações. Para a escala de Compaixão pelos Outros, os alfas de Cronbach foram de 0,90 para a pontuação global e de 0,81 e 0,91 para as subescalas de *Engagement* e Ações, respetivamente.

Procedimentos

Numa primeira etapa, o projeto de investigação foi alvo de avaliação e apreciação por parte da Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga. Deste processo fez parte a solicitação de autorização por parte dos autores dos instrumentos de avaliação utilizados. Após aprovação, foi criado um protocolo *online* no Google Docs, sendo posteriormente partilhado através das redes sociais, com vista a ser preenchido por adultos (idade igual ou superior a 18 anos). A recolha de dados decorreu entre os meses de março e abril de 2020.

O protocolo ficou constituído por uma folha de rosto onde era feita uma breve explicação do estudo, explicitada as condições de participação e recolha do consentimento. A participação foi, portanto, informada, voluntária, anónima, tendo sido

assegurados os princípios éticos e deontológicos de investigação. O preenchimento integral do questionário demorava, em média, cerca de 15 minutos.

Análise Estatística

Para o tratamento estatístico, os dados recolhidos foram introduzidos, analisados e trabalhados através do *software* estatístico, o *Statistic Package Social Sciences (IBM SPSS Statistics)*, versão 26.0, de forma sistemática e criteriosa.

Para efeitos de caracterização sociodemográfica da amostra procedeu-se à estatística descritiva, com cálculo de médias e desvios-padrão das variáveis idade e anos de escolaridade. Em relação às variáveis categoriais, foi calculado a frequência e percentagem das variáveis (e.g., sexo, estado civil, meio de residência e ocupação atual). Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos (e.g., sexo, ou grupos constituídos em função da frequência de atividades), foi utilizado o teste *t* de Student para amostras independentes. Por último, para a análise do tipo e forma de associação entre as variáveis estudadas, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson. Para a classificação do tamanho do efeito da correlação, foi seguida a tipologia de Marôco (2018). De acordo com este autor, é possível distinguir correlação fraca (valores de $r < 0,25$), correlação moderada ($0,25 \leq r < 0,50$), correlação forte ($0,50 \leq r < 0,75$) e correlação muito forte ($r \geq 0,75$).

Resultados

Caracterização sociodemográfica da amostra

Na Tabela 1 podemos observar a caracterização dos 716 participantes segundo os principais indicadores sociodemográficos.

Tabela 1

Caracterização geral da amostra (N = 716)

	<i>N (%)</i>	<i>M (DP)</i>
Sexo		
Masculino	168 (23,5)	
Feminino	548 (76,5)	
Idade		34,84 (13,18)
Anos de Escolaridade		15,18 (2,97)
Estado Civil		
Solteiro/a	372 (52,0)	
Casado(a)/União de facto	277 (38,7)	
Divorciado/Separado/Viúvo(a)	67 (9,4)	
Meio Residência		
Urbano	530 (74,0)	
Rural	186 (26,0)	
Ocupação Actual		
Trabalhador/a	437 (61,0)	
Estudante	172 (24,0)	
Trabalhador/estudante	59 (8,2)	
Desempregado/a	29 (4,1)	
Reformado/a	19 (2,7)	

Como se pode verificar (Tabela 1), os participantes apresentaram uma idade média de 35 anos ($M = 34,84$; $DP = 13,18$), e uma média de 15 anos de escolaridade ($M = 15,18$; $DP = 2,97$). No que se refere ao estado civil, este variou entre Solteiro (52%; $n = 372$); Casado(a)/União de facto (38,7%; $n = 277$) e Divorciado/Separado/Viúvo(a) (9,4%, $n = 67$). Em relação ao meio de residência, os participantes eram maioritariamente da zona metropolitana urbana (74%). Na data de participação do estudo, 24% encontrava-se ainda a estudar, 8% a trabalhar e/ou a estudar, 4% estava desempregada e apenas uma pequena percentagem, (2,7%), se encontrava reformado/a.

Caracterização da amostra em função das variáveis associadas Covid-19

A Tabela 2 apresenta uma caracterização dos participantes em função das variáveis contextuais associadas à situação atual de Covid-19.

Tabela 2

Variáveis contextuais associadas à COVID 19

Questões	N	<i>n</i>	%	
De momento, está a trabalhar/estudar?	716			
Sim, estou a trabalhar no meu local de trabalho		115	16,1	
Sim, estou a estudar/trabalhar a partir de casa		399	55,7	
Não, estou em casa, sem exercer a minha profissão		202	28,2	
Você ou alguém da sua família/amigo próximo está sob suspeita de estar infetado/a com o vírus COVID-19 (a aguardar o resultado do teste)?	716	<i>n</i>	%	
Não		657	91,8	
Sim		56	7,8	
Prefiro não responder		3	0,4	
Você ou alguém da sua família/amigo próximo está em quarentena?	471	<i>n</i>	%	
Não		369	78,4	
Sim		101	21,4	
Prefiro não responder		1	0,2	
Há quanto tempo se encontra em casa? (número de dias)	716	<i>n</i>	%	
0 dias		89	12,4	
Há mais de 1 dia		627	87,6	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Máx</i>
		16.49	7,58	1 – 51
Você ou alguém da sua família/amigo contraiu a COVID-19?	469	<i>n</i>	%	
Não		438	93,3	
Sim		27	5,8	
Prefiro não responder		4	0,9	
Apresenta fatores de risco para contrair a COVID-19?	468	<i>n</i>	%	
Não		394	84,2	
Sim		74	15,8	
Prefiro não responder		0	0	

Apenas 16% da amostra se encontrava no momento (março-abril 2020) a trabalhar no seu local de trabalho, contrastando com a maioria (56%) que se encontrava em

teletrabalho. De notar que, já nesta altura, 28% se encontrava em casa, sem exercer a sua profissão. Grande parte dos participantes (88%) estava em quarentena, variando o número de dias reportados entre 1 e 51. A esmagadora maioria (92%) não estava sob suspeita de estar infetado/a, nem tinha contraído Covid-19 (93%). A maioria dos participantes (84%) considerou não ter vulnerabilidade elevada já que não apresentava qualquer fator de risco ao vírus Covid-19.

Atividades realizadas durante o tempo de confinamento/isolamento social

Na Tabela 3 são apresentados de forma decrescente os valores médios e frequências obtidos nas atividades realizadas durante o confinamento. Na análise das frequências, optou-se pela formação de dois grupos: 1 - inclui todos os participantes que nunca ou raras vezes realizaram as atividades indicadas; 2 - engloba os participantes que responderam algumas, muitas ou muitíssimas vezes concretizaram as atividades elencadas.

Tabela 3

Valores médios e frequências obtidos nas questões relativas às atividades realizadas durante o isolamento social

Questões	<i>M</i>	<i>DP</i>	Nunca/raras /poucas vezes (0-2) N (%)	Algumas/muitas /muitíssimas vezes (3-5) N (%)
Estabelecer contactos com familiares, amigos através do <i>Skype</i> , <i>Whatsapp</i> , <i>Facebook</i> ou outros recursos semelhantes*	3,65	1,23	120 (16,8)	596 (83,2)
Tarefas domésticas (ex.: limpezas, arrumações, reparações, bricolage, cozinhar) *	3,44	1,26	151 (21,1)	565 (78,9)
Atividades de entretenimento (ex.: ver séries, espetáculos, desporto)	3,28	1,40	196 (27,4)	520 (72,6)
Atualização de informação relacionada com a pandemia COVID 29 (noticiários, programas de informação, pesquisas) *	3,03	1,42	262 (36,6)	454 (63,4)
Trabalho profissional (teletrabalho)	2,85	2,03	281 (39,2)	435 (60,8)
Exercício físico*	2,45	1,53	372 (52,0)	344 (48,0)
Leitura	2,42	1,47	371 (51,8)	345 (48,2)
Jogos individuais (de computador, consola) *	1,72	1,77	468 (65,4)	248 (34,6)
Brincar, passear com o seu animal de estimação*	1,68	1,94	453 (63,3)	263 (36,7)
Brincar e acompanhar as atividades escolares dos seus filhos	1,20	1,88	530 (74,0)	186 (26,0)
Exercícios de meditação	1,11	1,53	580 (81,0)	136 (19,0)

Nota. Os itens assinalados com * correspondem às atividades onde foram encontradas diferenças significativas nos valores médios entre o sexo masculino e o sexo feminino

Assim, os dados mostraram que as atividades relacionadas com o estabelecimento virtual com familiares e amigos, tarefas de arrumações/remodelações e cozinhar, e o visionamento de atividades relacionadas com entretenimento ou atualização das notícias referentes à pandemia, foram as mais realizadas pelos/as Portugueses/as durante o tempo de confinamento/isolamento social. Analisada a existência de eventuais diferenças entre a forma como o sexo masculino e feminino ocuparam o seu tempo durante o período de confinamento, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nos itens assinalados com um asterisco (*). Concretamente, o sexo feminino pontuou significativamente mais alto que o masculino em relação às seguintes atividades: “tarefas domésticas” ($t_{(714)} = -4,60, p < 0,001$); “exercício físico” ($t_{(714)} = -2,14, p = 0,033$); “atualização de informação/noticias relacionadas com a Covid-19” ($t_{(714)} = -2,05, p = 0,041$); “estabelecimento de contactos online com familiares/amigos” ($t_{(714)} = -5,18, p < 0,001$); e “brincadeiras, passeios com animais de estimação” ($t_{(714)} = -2,30, p = 0,026$). Relativamente à atividade “jogos individuais (de computador, consola)”, foram os homens que apresentaram valores significativamente mais elevados, quando comparados com os das mulheres ($t_{(714)} = -6,55, p < 0,001$). De notar, ainda, que não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no tempo médio da realização das atividades de “entretenimento”, “leitura”, “teletrabalho”, “brincar/acompanhamento das atividades dos filhos” e de “práticas de meditação”.

Valores médios obtidos nos instrumentos de avaliação dos estados emocionais negativos e compaixão

Na tabela 4 são apresentados os valores médios relativos à forma como os participantes percebem os seus estados afetivos (ansiedade e depressão), bem como avaliam o modo compassivo como estão a lidar consigo próprios ou com os outros face a situações difíceis. Foram ainda exploradas diferenças em função do sexo.

Tabela 4

Valores médios obtidos nos instrumentos de avaliação dos estados emocionais negativos (sintomas de ansiedade e de depressão) e compaixão (compaixão pelo self e compaixão pelos outros) (N = 714)

	Total (N = 716)		Homens (N = 168)		Mulheres (N = 546)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Ansiedade (EADS)	3,15	3,69	2,12	3,08	3,47	3,80	-4,19	0,001
Depressão (EADS)	3,85	3,98	3,29	3,91	4,03	3,99	-2,10	0,036
EEAC- AC (Total)	67,72	13,69	66,56	14,92	68,07	13,28	-1,25	0,210
Atributos	38,91	8,11	38,09	8,64	39,16	7,94	-1,50	0,134
Ações	28,81	7,24	28,47	8,03	28,91	6,99	-0,69	0,490
EEAC – CPO (Total)	77,47	13,13	74,12	15,37	78,50	12,20	-3,82	0,001
Atributos	45,27	8,32	43,46	9,44	45,83	7,87	-3,24	0,001
Ações	32,20	5,81	30,65	6,87	32,67	5,35	-3,98	0,001

Nota. EADS= *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse*; EEAC = *Escala de Engagement e Ações Compassivos*; AC = *Autocompaixão*; CPO = *Compaixão pelos Outros*

Na Tabela 4 encontramos as pontuações médias e os desvios-padrão correspondentes aos instrumentos utilizados no nosso estudo. Os resultados indicam que as mulheres vivenciaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade e depressão, comparativamente aos homens. No que respeita ao envolvimento e atitudes autocompassivas, não se verificaram diferenças significativas entre os sexos, nem para o valor global de compaixão pelo *self*, nem para cada uma das subescalas. Finalmente, relativamente à compaixão pelos outros, as mulheres apresentaram valores mais elevados, quer no total, quer em cada uma das subescalas (*Engagement* e *Ações*).

Estados emocionais negativos em função das variáveis contextuais da COVID- 19

Através da análise da Tabela 5 podemos constatar a comparação entre os valores médios de Ansiedade e Depressão em função das variáveis contextuais.

Tabela 5

Comparação dos valores médios de Ansiedade e Depressão em função das variáveis das questões contextuais

Variáveis Contextuais	Ansiedade			Depressão		
	M	DP	F/t	M	DP	F/t
De momento, está a trabalhar/estudar?						
Sim, estou a trabalhar no meu local de trabalho	3,27	3,56		3,24	3,59	
Sim, estou a estudar/trabalhar a partir de casa	2,88	3,54	2,69	3,82	4,09	2,44
Não, estou em casa, sem exercer a minha profissão	3,61	3,99		4,26	3,95	
Você ou alguém da sua família/amigo próximo está sob suspeita de estar infetado/a com o vírus COVID-19 (a aguardar o resultado do teste)?						
Não	3,04	3,60	2,45*	3,79	3,99	1,51*
Sim	4,29	4,41		4,63	3,91	
Você ou alguém da sua família/amigo próximo está em quarentena?						
Não	2,96	3,72	-2,64*	4,06	4,21	-2,34*
Sim	4,08	3,89		5,18	4,38	
Há quanto tempo se encontra em casa? (número de dias)						
0 dias	3,13	3,70	- 0,04	3,03	3,39	-2,08*
Há mais de 1 dia	3,15	3,69		3,97	4,05	
Você ou alguém da sua família/amigo contraiu a COVID-19?						
Não	3,10	3,69	-2,55*	4,28	4,30	0,81
Sim	5,00	4,87		4,96	3,77	
Apresenta fatores de risco para contrair a COVID-19?						
Não	2,97	3,61	-3,21*	4,21	4,23	
Sim	4,49	4,40		4,96	4,46	-1,39

Nota. EADS= *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse*;

* correspondem a diferenças significativas ($p < 0,05$)

Ao comparar os valores médios de ansiedade e depressão nas três categorias ou situações laborais resultantes da pandemia, não se verificaram diferenças estatisticamente

significativas. Curiosamente, quando comparados os estados emocionais negativos de acordo com os grupos de ocupação profissão do questionário sociodemográfico (estudante; desempregado; trabalhador/estudante; trabalhador e reformado), os resultados indicaram diferenças significativas. O grupo dos “trabalhadores” foi o que evidenciou menores níveis de ansiedade ($M = 2,76$; $DP = 5,18$) e o grupo de “trabalhadores/estudantes” o que exibiu valores mais altos ($M = 4,31$; $DP = 3,52$), sendo esta diferença significativa ($p = 0,020$). Relativamente aos sintomas depressivos, foram os reformados, desempregados e estudantes que relataram níveis mais elevados (por ordem decrescente), distinguindo-se significativamente cada um destes grupos da categoria de trabalhadores, a qual apresentou níveis mais baixos.

Os participantes que estavam sob suspeita de estar ou ter alguém da família/amigo infetado/a com o vírus Covid-19, bem como aqueles que estavam ou tinham alguém da família/amigo em quarentena, apresentaram valores significativamente mais elevados de ansiedade e de depressão, quando comparados com os que não se encontravam neste tipo de situação. Na questão acerca da duração de isolamento, os indivíduos que estavam em isolamento (variando o número de dias) apresentaram níveis mais elevados de depressão, mas não de ansiedade, por comparação aqueles que não estavam em confinamento. Por último, o grupo que respondeu que tinha contraído Covid-19 (o próprio/a ou alguém da família), bem como aqueles que apresentavam fatores de risco, revelaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade, mas não de depressão, quando comparados com os grupos que responderam que não a estas duas questões.

Envolvimento e ações compassivas em função das variáveis contextuais da Covid- 19

A Tabela 6 analisa os valores médios obtidos no instrumento da compaixão (compaixão por si próprio e compaixão pelos outros) segundo as variáveis contextuais.

Tabela 6

Comparação dos valores médios de Compaixão pelo self e de Compaixão pelos Outros em função das variáveis das questões contextuais

Variáveis Contextuais	AC			CPO		
	M	DP	F/t	M	DP	F/t
De momento, está a trabalhar/estudar?						
Sim, estou a trabalhar no meu local de trabalho	69,75	13,08		77,83	13,72	
Sim, estou a estudar/trabalhar a partir de casa	67,67	13,37	1,89	76,93	13,26	0,81
Não, estou em casa, sem exercer a minha profissão	66,65	14,56		78,33	12,54	
Você ou alguém da sua família/amigo próximo está sob suspeita de estar infetado/a com o vírus COVID-19 (a aguardar o resultado do teste)?						
Não	67,76	13,77	- 0,32	77,53	13,11	0,47
Sim	67,14	13,14		76,68	13,76	
Você ou alguém da sua família/amigo próximo está em quarentena?						
Não	67,29	14,53	1,05	77,18	13,46	-0,33
Sim	65,61	12,54		77,68	13,83	
Há quanto tempo se encontra em casa? (número de dias)						
0 dias	69,00	13,93	0,95	77,42	14,53	- 0,04
Há mais de 1 dia	67,53	13,66		77,48	12,93	
Você ou alguém da sua família/amigo contraiu a COVID-19?						
Não	67,19	14,24	1,75	77,45	13,48	0,99
Sim	62,30	12,05		74,81	13,28	
Apresenta fatores de risco para contrair a COVID-19?						
Não	66,85	14,02	-0,05	77,18	13,34	
Sim	66,93	14,61		77,72	14,58	-0,31

Nota. AC = Autocompaixão avaliada pela Escala de *Engagment* e Ações Compassivas; CPO = Compaixão pelo Outro medida pela EEAC

* correspondem a diferenças significativas

De acordo com a Tabela 6, não foi encontrada qualquer diferença significativa para nenhuma das variáveis.

Associação entre os estados emocionais negativos e a compaixão (pelo self e pelos outros)

Por último na Tabela 7 é visível a forma como os estados emocionais negativos (ansiedade e depressão) e os sentimentos e comportamentos compassivos (compaixão pelo *self* e compaixão pelo outro) estão associados na nossa amostra.

Tabela 7

Matriz de correlações entre os sintomas de ansiedade e depressão e os sentimentos e comportamentos compassivos

	Ansiedade	Depressão	Auto Compaixão
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Ansiedade	1		
Depressão	0,66**	1	
Auto-Compaixão	-0,28**	-0,40**	1
Compaixão pelos Outros	<i>ns</i>	<i>ns</i>	0,47**

Nota. ** $p < 0,001$

ns = não significativo

Os resultados mostram uma correlação negativa moderada entre a compaixão pelo *self* e os estados afetivos negativos, nomeadamente com a depressão e ansiedade. O mesmo não acontece com a compaixão pelos outros, não existindo qualquer associação significativa entre estas variáveis. A compaixão pelos outros e pelo *self* apenas se correlaciona (de forma positiva e moderada) com a autocompaixão.

Discussão

A presente investigação permitiu a exploração de um novo fenómeno mundial, na sua fase inicial. Foram identificadas algumas variáveis decorrentes da Covid-19 (situação laboral atual, possibilidade de estar infetado/a, tempo de quarentena e presença de fatores de risco), bem como principais atividades realizadas durante o confinamento. Paralelamente foram avaliados estados emocionais negativos (sintomas de ansiedade e de depressão), assim como sentimentos e comportamentos compassivos (pelo *self* e pelos outros) face às dificuldades atuais da pandemia. O papel do género foi tido em conta nestas análises, procurando perceber se homens e mulheres respondem de forma diferente. Finalmente, procurou-se compreender de que forma os estados emocionais negativos e motivações compassivas podem estar associadas nesta situação de crise.

Os resultados descritivos desta amostra de adultos portugueses, mostrou que, no período em que foram recolhidos os dados (1º estado de emergência), apenas 16% da amostra se encontrava ainda a trabalhar no seu local de trabalho, estando a maioria (56%) em teletrabalho. De notar, que 24% dos participantes eram estudantes o que pode ter contribuído para este número elevado de indivíduos em teletrabalho já nesta fase inicial. Grande parte da presente amostra não tinha estado sob suspeita de estar infetado, ou tinha estado, até à data, de quarentena. Apenas 5,8% dos participantes tinham contraído Covid-19 (o próprio ou alguém próximo), bem como uma percentagem pequena (16%) pertencia a um grupo de risco. O tempo de confinamento (tempo que se encontravam em casa) foi, em média, de 17 dias, variando entre 1 e 51 dias.

Durante o tempo de confinamento a atividade mais frequentemente utilizada foi a de estabelecimento de contacto com amigos e familiares, através das redes sociais ou recursos semelhantes. A grande maioria dos participantes (mais de 50%) ocupou o seu tempo de confinamento com a realização de tarefas domésticas extra (e.g., limpezas, arrumações, reparações, bricolage, cozinhar), atividades de entretenimento (e.g., visualização de séries, espetáculos, competições desportivas), atualização de informação relacionada com a pandemia Covid-19 (noticiários, programas de informação, pesquisas) e teletrabalho. Por sua vez, exercícios de meditação foi a atividade menos reportada.

Quanto à identificação de indicadores psicológicos e de regulação emocional, as mulheres vivenciaram mais sintomas de ansiedade e depressão, comparativamente aos homens. Estes dados estão em consonância com outros estudos que reportam valores mais

elevados de estados emocionais negativos no sexo feminino (Apóstolo et al., 2012; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004; Lovibond & Lovibond, 1995;). Já em relação à Compaixão, parece não haver uma distinção entre homens e mulheres no que respeita às atitudes compassivas pelo *self* (autocompaixão). Contudo, em relação à compaixão pelos outros, os resultados evidenciaram que as mulheres revelam mais sentimentos e comportamentos compassivos, do que os homens, corroborando, assim, os dados de outros estudos sobre os fluxos da compaixão (Gilbert et al., 2017).

Quando são controladas as variáveis contextuais associadas à Covid-19, verifica-se que os indivíduos que estavam em confinamento social (há mais de 1 dia em casa) apresentaram níveis mais elevados de depressão, mas não de ansiedade, dos que não estavam em confinamento. Estes dados são apenas em parte confirmados por outros, já que o estudo de Wang e colegas (2020) apontou para sintomas de ansiedade e depressão moderados a graves nos indivíduos em confinamento. Adicionalmente, os participantes que se encontravam sob suspeita de estar infetados (o próprio ou alguém próximo), ou de estarem em quarentena (o próprio ou alguém próximo) apresentaram igualmente mais sintomas depressivos, comparativamente aos que não se encontravam nas respetivas condições. Em relação aos sintomas de ansiedade, verificou-se um padrão ligeiramente diferente, acrescentando, por exemplo, que os participantes que tinham contraído o vírus (o próprio ou alguém próximo), bem como os que apresentavam fatores de risco para contrair o vírus, revelaram mais sintomas de ansiedade, que os respetivos grupos de comparação. Já os grupos em termos do tempo de confinamento parecem não diferir em termos de ansiedade, verificando-se diferenças relativamente aos sintomas depressivos. Os dados sugerem, assim, que, apesar dos sintomas de ansiedade e de depressão estarem associados, podem emergir de forma distinta consoante as condições contextuais analisadas. Por exemplo, o tempo de confinamento parece estar ligado a sintomas depressivos e não tanto à ansiedade. Por sua vez, o facto de ter contraído Covid-19 e de pertencer a um grupo de risco parece ser mais sensível a sintomas de ansiedade do que de depressão.

No que toca à compaixão (pelo *self* ou pelo outro), enquanto forma de lidar com as emoções difíceis, os dados não mostraram qualquer efeito significativo, quando comparados os diferentes grupos ou condições contextuais. Isto importa dizer que os participantes que se encontravam nas diferentes situações, não se distinguiram entre si nas suas motivações para lidar com o sofrimento do próprio ou dos outros.

Por último, os nossos resultados mostraram que quanto maior é a compaixão pelo *self*, isto é, quanto maiores os sentimentos de empatia, bondade e compreensão das nossas dificuldades, bem como a motivação para aliviar ou diminuir as nossas dificuldades, menores são os estados afetivos negativos, como os sentimentos de ansiedade e depressão. Este dado está de acordo com uma vasta literatura (e.g., Bluth & Neff, 2018; Gilbert et al., 2017) mostrando uma vez mais que a promoção de atitudes e comportamentos autocompassivos (de compaixão pelo *self*) podem prevenir ou diminuir os estados afetivos negativos.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados atendendo a um conjunto de limitações. Estamos perante um fenómeno novo, ainda em constante análise, o que levanta algumas dificuldades relativamente à comparação de dados e às questões formuladas para a recolha de dados. Outras limitações prendem-se com aspetos metodológicos, nomeadamente o facto de se tratar de um estudo transversal, de natureza correlacional, não permitindo estabelecer relações causais. Assim sendo, impõe-se o desenvolvimento de novos estudos, com metodologias mais robustas, conduzidos com amostras diversificadas e que incluam outras variáveis para um melhor esclarecimento do impacto psicológico da pandemia Covid-19.

Apesar das fragilidades reconhecidas, o presente estudo foi pioneiro em Portugal, contribuindo para a identificação de variáveis contextuais e emocionais ligadas à pandemia. Adicionalmente, a forma como estas variáveis (sociodemográficas, contextuais e emocionais) se encontraram associadas na fase inicial da pandemia em Portugal, podem sugerir pistas relevantes na elaboração de intervenções que visem minimizar o impacto psicológico da crise. Embora este tema imponha desafios grandiosos a toda a população mundial, é de realçar que o mesmo tem levado a um aperfeiçoamento da investigação e prática psicológica em situações de emergência e crise.

Referências Bibliográficas

Ahmed, H. O. (2020). The impact of social distancing and self-isolation in the last corona COVID-19 outbreak on the body weight in Sulaimani governorate-Kurdistan/Iraq, a prospective case series study. *Annals of Medicine and Surgery*, 59, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.09.024>

Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A., & Arfken, C. L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 590-596. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300022>

Asmundson, G. G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>

Bluth, K., & Neff, K. D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1508494>

Bo, H-X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y-T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 1–2. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Carvalho, P. M. M., Moreira, M. M., Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Rolim Neto, M. L. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 286, 112902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Relatório de situação*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-de-situacao-n-216-04102020.aspx>

Drury, J. (2018). The role of social identity processes in mass emergency behaviour: An integrative review. *European Review of Social Psychology*, 29(1). 38-81. <https://doi.org/10.1080/10463283.2018.1471948>

Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., ... Ghani, A. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. *Imperial College London*. <https://doi.org/10.25561/77482>

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>

Goyal, K., Chauhan, P., Chikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020). Fear of COVID 2019: First suicidal case in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 49, 101989. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>

Hall, R. C. W., Hall, M.D., & Chapman, M. J. (2008). The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *General Hospital Psychiatry*, 30, 446-452. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.003>

Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., ... & Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry Research*, 286, 112903. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>

Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal*, 61(4), 271-272. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>

Kong, X., Zheng, K., Tang, M., Kong, F., Zhou, J., Diao, L., Wu, S., Jiao, P., Su, T., & Dong, Y. (2020). Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>

Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... & Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China.

International Journal of Biological Sciences, 16(10), 1732-1738.
<https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>

Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Bin, F., Yunyun, F., ... Ping, W. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1) 15–23.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.003>

Lim, D., & DeSteno, D. (2019). Past adversity protects against the numeracy bias in compassion. *Emotion*. <https://doi.org/10.1037/emo0000655>

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavioral Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
[http://dx.doi.org/10.1016/005-7967\(94\)00075-u](http://dx.doi.org/10.1016/005-7967(94)00075-u)

Machado, I. F. O., & Moraes, R. C. P. (2017). Psicologia sócio-histórica, emergências e desastres. *Revista Fafibe On-line*, 10(1). Retrieved from <http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/fafibeonline/article/view/387>

Maia, B. R., & Dias, P. C. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200067. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber

Matos, H. J. (2018). A próxima pandemia: Estamos preparados? [The next pandemic: Are we ready?]. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 9(3), 9-11.
<https://doi.org/10.5123/S2176-62232018000300001>

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., ... Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association or its licensors*, 168(10), 1245-1251. Retrieved from https://www.cmaj.ca/content/cmaj/168/10/1245.full.pdf?fbclid=IwAR3e6qF5O9ZBAZs9xyBZODVq7Or3eJU4k4pu_boTBbNjt4nQW5GNuOzjHQY

Nicholas, J., Tom, E., & Fowler, R. (2020). *BMJ Best Practice Coronavirus Disease (COVID-19)*. Retrieved from <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Estratégia de Resposta COVID-19 – Saúde Mental*. Retrieved from http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/comentario_tecnico_saude_mental_covid_19.pdf

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>

Pfattheicher, S., Nockurb, L., Böhm, R., Sassenrathb, C., & Petersen, M. B. (2020). The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing and wearing face masks during the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/y2cg5>

Schaller, M. (2015). *The behavioral immune system. The handbook of evolutionary psychology*. Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9781119125563.evpsych107>

Sher, L. (2020). An infectious disease pandemic and increased suicide risk. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 239-240. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0989>

Sherin A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a challenge of protecting the general population and healthcare workers. *Khyber Medical University Journal*, 12(1), 4-5. <https://doi.org/10.35845/kmuj.2020.20224>

Silva, A. G., Miranda, D. M., Diaz, A. P., Telles, A. L. S., Malloy-Diniz, L. F., & Palha, A. P. (2020). Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. *Brazilian of Psychiatry*. 42(3). 229-231. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>

Solnit, R. (2010). *A Paradise Built in Hell: The Extraordinary Communities That Arise in Disaster*. Penguin Books

Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1). <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease* (1 ed.). Cambridge Scholars Publishing

Tomova, L., Wang, K., Thompson, T., Matthews, G., Takahashi, A., Tye, K., & Saxe, R. (2020). The need to connect: Acute social isolation causes neural craving responses similar to hunger. *The preprint server for biology*, 1, 1-30. <https://doi.org/10.1101/2020.03.25.006643>

Vollhardt, J. R. (2009). Altruism Born of Suffering and Prosocial Behavior Following Adverse Life Events: A Review and Conceptualization. *Social Justice Research*, 22(1), 53-97. <https://doi.org/10.1007/s11211-009-0088-1>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Weiss, P., & Murdoch, D. R. (2020). Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *The Lancet*, 395, 1014-1015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30633-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30633-4)

Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), taaa020. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>

World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3). 228-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

Zaki, J. (2020). Catastrophe Compassion: Understanding and Extending Prosociality Under Crisis. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(8). 587-589. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.006>.

Zhu, S., Shi, K., Yan, J., He, Z., Wang, Y., Yi, Q., & Huang, H. (2018). A Modified 6-form Tai Chi for Patients With COPD. *Complementary Therapies in Medicine*, 39, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.05.007>